

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

Аскерко Э.А., Дейкало В.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Одним из проявлений нестабильности плечевого сустава являются переломо-вывихи плеча [1,5]. Лечение переломо-вывихов плеча в свежих случаях достаточно успешно с удовлетворительной функцией плечевого сустава [3,4]. Однако, оперативное вмешательство не всегда позволяет получить хорошие результаты у пациентов в застарелых случаях [2,5,6].

Выполняемый объем оперативного пособия при данной патологии, заключающийся в остеосинтезе не обеспечивает полного восстановления функции верхней конечности.

Цель исследования. Выявить факторы влияющие на функциональные результаты лечения застарелых перелома-вывихов плеча.

Материал и методы. Клиника травматологии и ортопедии Витебского медицинского университета располагает опытом оперативного лечения 46 пациентов с перелома-вывихами плеча в возрасте от 47 до 64 лет, с давностью патологии от 2 нед. до 3 мес.

Диагностику и дифференциальную диагностику проводили на основании клинических, рентгенологических данных, магнитно-резонансной и компьютерной томографии. Оперативное вмешательство выполняли в горизонтальном положении пациента на операционном столе, под эндотрахеальным наркозом. Доступ осуществляли при помощи переднего крючкообразного разреза кожи. Акромиальную часть дельтовидной мышцы отсекали от акромиального отростка лопатки и рассекали по ходу волокон в проекции ключично-акромиального сочленения. Мобилизовали фрагменты проксимального отдела плечевой кости, вправляли головку плеча, сопоставляли и фиксировали при помощи Т-образной пластины. В послеоперационном периоде осуществляли иммобилизацию плечевого сустава с применением повязки Дезо. Во всех случаях выполняли нижнюю, тотальную акромיוнэктомию.

Результаты и обсуждение. Анализ хирургического лечения застарелых перелома-вывихов плеча показал что, затруднения и погрешности происходили при выборе кожного разреза, очередности мобилизации и вправления поврежденных тканей, их стабилизации при проведении иммобилизационного и восстановительного периодов

При обследовании пациентов в стационаре погрешности возникали вследствие того, что выполняли рентгенологическое исследование плечевого сустава только в одной (прямой) проекции. Недостаточное обследование в свою очередь вело к неправильной трактовке повреждения, т.е. к тактической ошибке. Последняя возможна, если четырехфрагментный перелом принимали за трехфрагментный или повреждение на уровне хирургической шейки принимали за повреждение на уровне анатомической

Попытка закрытого вправления застарелого перелома-вывиха плеча необоснованна. Это определяется невозможностью манипулировать на головке плеча ввиду ее короткого рычага

Неадекватный операционный доступ значительно ухудшал манипуляции на тканях проксимального отдела плеча и плечевого сустава. Аналогичные случаи в нашей практике были редки, но они серьезно осложняли выполнение оперативного пособия. При дистальном продлении переднего доступа к плечевому суставу разрез совпадал с расположением подкожной вены и незначительное неосторожное отклонение скальпеля могло травмировать кровеносный сосуд и вызвать тяжелые последствия

Выполнение разреза несколько латеральнее вынуждало расслаивать акромиальную порцию дельтовидной мышцы. Это требовало мышечного шва в последующем с образованием плотного рубцового сращения и увеличивало сроки послеоперационной реабилитации больных.

Артротомия с освобождением суставных поверхностей и восстановлением правильных анатомических взаимоотношений являлась идеальной операцией. Однако, попытка первоначального устранения вывиха головки плечевой кости или головки с костным фрагментом диафиза ошибочна из-за тракции окружающих мышц. Поэтому, подобная тактика неоправдана, так как возрастает травматичность операции. Мы считаем, что целесообразнее выполнить мобилизацию дистального фрагмента, отвести его в сторону, освободить от рубцовых сращений суставную поверхность лопатки, резецировать нижнюю поверхность акромиального отростка лопатки. Без такой подготовки попытку вправления следует считать ошибочной.

В ходе мобилизации проксимального фрагмента возможны технические ошибки. Это обусловлено образованием рубцов и спаек, при разделении которых можно повредить заднюю огибающую артерию. Кровотечение из которой интенсивное, его окончательная остановка, в подобной ситуации достаточно сложна (мешает дельтовидная мышца) и требует длительного времени.

Возможность ошибки в технике выполнения хода оперативного пособия зависит от опыта хирурга, его знания этапов операции, особенностей анатомии проксимального отдела плеча и плечевого сустава, строения плечевой кости из которой вытекает возможность стабилизации повреждения и прочной фиксации.

Оперативное вмешательство у больных с застарелыми переломами-вывихами плеча – лишь один из этапов лечения. В послеоперационном периоде ограниченная функциональная нагрузка необходима для регенерации поврежденных тканей и восстановления исходного объема движений. Иммобилизация сустава благоприятно сказывается на регенерации, однако мышечная ткань подвергается гипотрофии. Это обстоятельство, с учетом действия на верхнюю конечность гравитационных сил, веса конечности и короткого рычага мышц участвующих в elevации, значительно осложняет восстановление движений в суставе. Поэтому, следует считать ошибочным назначение пациентам в постиммобилизационном периоде только ЛФК и традиционные физиотерапевтические процедуры. Комплексное лечение с использованием статической и динамической нагрузки на мышечные структуры плечевого сустава создаст оптимальный фон для восстановления функции верхней конечности.

Литература:

1. Беликов, А.А. Результаты хирургического лечения больных с переломами проксимального отдела плечевой кости / А.А. Беликов [и др.] // Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности: материалы I междунар. конгр., Москва, 30 мая- 1 июня 2007г. / Рос. гос. мед. ун-т, редкол.: А.В. Скороглядов [и др.] – Москва, 2007. -С 88-89.
2. Гершкович, Т.Э. Медико-социальная реабилитация инвалидов с посттравматическими повреждениями суставов верхних конечностей / Т.Э. Гершкович, Н.Л. Кузнецова, Т.М. Рыскина // Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности: материалы I междунар. конгр., Москва, 30 мая- 1 июня 2007г. / Рос. гос. мед. ун-т, редкол.: А.В. Скороглядов [и др.] – Москва, 2007. -С 26-27.
3. Gartsman, G.M. What's new in shoulder and elbow surgery /G.M. Gartsman, S.S. Hasan// J. Bone Joint Surg.-2003.-Vol.85-A, №1 -P. 171-181.
4. Helfet, D.L. AO Philosophy and principles of fracture management – Its evolution and evaluation surgery /D.L. Helfet [et al.] // J. Bone Joint Surg.-2003.-Vol.85-A, №6.-P. 1156-1160.

5. Hodgson, S. A. Rehabilitation after two-part fractures of the neck of the humerus / S. A. Hodgson, S. J. Mawson, D. Stanley// Bone Joint Surg.-2003 -Vol. 85-B, №3.-P. 419-422.
6. Jackins, S. Postoperative shoulder rehabilitation /S. Jackins// Phys. Med Rehabil. Clin. N. Am.- 2004.- Vol.15, №3.-P.643-682.